

Al Comune di Milano  
Area Domiciliarità e Cultura della Salute  
Servizio Specialistico Persone con Disabilità  
PSS.ufftrasp@comune.milano.it

## RICHIESTA CONTRIBUTO PER TRASPORTO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

in qualità di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(padre, madre, fratello, coniuge, tutore)

### CHIEDE

- Il contributo per il trasporto mediante taxi o mezzo attrezzato
- Il contributo per il trasporto mediante autovettura privata
- Altro \_\_\_\_\_

### PER

- Accesso a luoghi di cura, terapie, visite e controlli sanitari
- Raggiungimento del luogo di lavoro
- Frequenza di: Scuola – Centro Diurno - Università
- Rientro in famiglia da Centri di residenza

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, ai fini dell'ottenimento/mantenimento del contributo trasporto,

### DICHIARA

che il/la sig/ra \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

è nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ - Milano, Zona \_\_\_\_\_ Tel. abitazione \_\_\_\_\_

Tel. uff. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_



- Fotocopia del documento di identità e codice fiscale del delegato al ritiro (solo se sprovvisti di conto corrente)
- Autocertificazione entrate nette

Mail \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, se spedita o consegnata tramite un incaricato.*

*Ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs 196/03, si comunica che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*